

Repülőjegylemondás

Utazás/szállás lemondása

Tisztelt Ügyfelünk!

Útlemondására/repülőjegy lemondására vonatkozóan kérjük, juttassa el irodánk fenti címére kitöltve az alábbi nyomtatványt a kért iratokkal együtt. Az Ön és az utazási iroda által hiánytalanul kitöltött nyomtatvány visszaküldése a további kárrendezés feltétele. *Együttműködését köszönjük!*

Biztosító tölti ki!

Beérkezés ideje: _____

Kárszám: _____

Biztosított(ak) adatai, aki(k)nek az utazása meghiúsult.

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI HELYE, IDEJE: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI HELYE, IDEJE: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI HELYE, IDEJE: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI HELYE, IDEJE: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____

**KISKORÚ
BIZTOSÍTOTT
(18 ÉV ALATTI)
ESETÉN**

TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI:

NÉV: _____ SZÜL. IDŐ: _____

LAKCÍM: _____ SZEM. IG. SZÁM: _____

Az utazásképtelenség oka (biztosítási esemény):

Betegség Baleset Elhalálozás Egyéb

Kérjük, adja meg annak a személynek az adatait, aki miatt az utazásképtelenség bekövetkezett.

Név: _____

Szül. hely, idő: _____

Rokonsági fok 1. biztosítottal: _____

2. biztosítottal: _____

3. biztosítottal: _____

4. biztosítottal: _____

Kérjük, mellékelje az alábbi iratokat:

- Igazolójegy az útlemondási biztosítási szerződés létrejöttéről vagy a biztosítási kötvény,
- az utazási iroda visszaigazolása az utazás lefoglalásáról,
- a lemondási költségekről szóló számla vagy bevételi pénztárbizonylat,
- az utazási szerződés,
- az előleg, illetve utazási díj, valamint a biztosítási díj befizetését igazoló számla,
- háziorvosi, szakorvosi vagy kórházi igazolás, melynek tartalmaznia kell az alábbi adatokat:
 - elvégzett vizsgálatok, diagnózis, javasolt kezelés,
 - idült (krónikus) betegség esetén: az észlelt tünetek miben térnek el a beteg előző állapotához képest,
 - az orvosi vizsgálat időpontjában előreláthatóan mikorra várható a beteg állapotában olyan javulás, hogy az adott utazáson való részvétele – orvosi szempontból – alkalmassá válik,
 - orvosi naplósám vagy számítógépes adatrögzítés esetén a kezeléssel kapcsolatos adatok kinyomatva,
 - dátum, az orvos pecsétje és munkahelyi azonosító megnevezése,
 - halotti anyakönyvi kivonat,
 - hagyatékátadó végzés,
 - rendőrségi, tűzoltósági vagy biztosítói igazolás,
 - sorkatonai behívó.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS ÖSSZEGÉT AZ ALÁBBI MÓDON KÉREM KIFIZETNI:

Pénztáron keresztül* (50 000 Ft-ig), (Európai Utazási Biztosító Zrt., 1132 Budapest, Váci út 36-38.)

Postán* (Kérjük, adja meg kinek a nevére, címére!) Név: _____ Cím: _____

Banki átutalással* Számlatulajdonos neve: _____ Állandó lakcíme: _____

Bank neve: _____ Bankszla.sz.: _____

Melléletek: Biztosítási kötvény: _____ db Jegyzőkönyv: _____ db Eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok: _____ db Egyéb iratok _____ db

1. Alulírott biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a biztosító szolgáltatásával közvetlenül összefüggő adatokat – beleértve a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – beszeresse és nyilvántartsa. Egyúttal felmentem a személyes és egészségügyi adataimat kezelő intézményeket, illetve személyeket a titoktartási kötelezettség alól.

2. Alulírott biztosított kijelentem, hogy a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

***Amennyiben nem a saját részére kéri, 2 tanú aláírása szükséges még a felhatalmazás hitelességéhez.**

Tanú I. Név: _____ Tanú II. Név: _____

Lakcím: _____ Lakcím: _____

Szem. ig. szám: _____ Szem. ig. szám: _____

Aláírás: _____ Aláírás: _____

Dátum: 200 _____

Biztosított(ak)/Kedvezményezett(ek) (kiskorú esetén a törvényes képviselő) aláírása: _____

AZ UTAZÁSI IRODA TÖLTI KI!

AZ UTAZÁSRA VONATKOZÓ ADATOK

Az utazási szolgáltatást **SZERVEZŐ** iroda (akivel az utazási szerződés létrejött):

Neve: _____

Székhelye: _____ Telefon: _____

Az utazási szolgáltatást **ÉRTÉKESÍTŐ** iroda:

Neve: _____

Székhelye: _____ Telefon: _____

Az utazási szerződés szerződője (az a személy, aki lefoglalta és kifizette az adott szolgáltatást):

Neve: _____

Címe: _____

Az utazás pozíciószáma: _____ Az utazás célországa: _____

Az utazási szolgáltatás jellege: Repülőjegy Repülőjegy és szálloda Repülőjegy és apartman Szálloda Apartman

Az utazás időtartama: 20 – 20 -ig

Az utazás foglalásának vagy a repülőjegyvásárlás időpontja: 20

Az utazás vagy a repülőjegy lemondásának időpontja: 20

A teljes részvételi díj az utazási iroda által lemondás esetén visszatéríthető költségek

(pl.: repülőtéri illeték, vízum, fakultatív program) nélkül: _____ Ft

A kötbér százaléka: _____ %

A kötbér összege: _____ Ft

Dátum: 20

A kiállító személy neve, aláírása: _____

Az utazási iroda neve, pecsétje: _____

A BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Maximális biztosítási összeg/fő: _____ Ft

A biztosítási szerződés alapján a kedvezményezett terhelő önrészesedés százaléka: _____ %

Az önrészesedés összege: _____ Ft

Az önrészesedés minimális összege: _____ Ft

A biztosító által fizetendő kártérítési összeg: _____ Ft